

Reinhold Kerbl, Karl Reiter, Lucas Wessel

Referenz Pädiatrie

Martina Brandner

Dakryostenose beim Neugeborenen

Martina Brandner

Steckbrief

Die kongenitale Dakryostenose entsteht durch eine verzögerte Kanalisierung des Ductus nasolacrimalis im Bereich der Plica lacrimalis (Hasner-Klappe). Zeichen der Obstruktion wie Tränenträufeln manifestieren sich in den ersten Lebenswochen. Der Tränenstau bietet ideale Bedingungen für das Wachstum von Bakterien (Staphylo-, Strepto- und Pneumokokken), ein Übergang in eine Dakryozystitis ist jedoch selten.

Synonyme

Kongenitale Dakryostenose, Tränenwegsverschluss, congenital nasolacrimal duct obstruction

Keywords

Dakryostenose, kongenitale Dakryostenose, Hasner-Klappe, Epiphora, Tränenträufeln

Definition

Die Dakryostenose resultiert aus einer verzögerten Kanalisierung an der Mündung des Ductus nasolacrimalis.

Epidemiologie

Häufigkeit

Betroffen sind ca. 5% aller Neugeborenen [1].

Altersgipfel

Die Symptome beginnen ca. 2–6 Wochen nach der Geburt.

Geschlechtsverteilung

- nicht geschlechtsspezifisch

Prädisponierende Faktoren

Prädisponierende Faktoren umfassen:

- positive Familienanamnese
- Syndrome (z.B. Down-Syndrom, EEC-Syndrom)

Ätiologie und Pathogenese

Die vollständige Kanalisierung des Ductus nasolacrimalis findet normalerweise kurz nach der Geburt statt. Durch eine verzögerte Kanalisierung resultiert eine persistierende membranöse

Obstruktion im Bereich der Hasner-Klappe. In den allermeisten Fällen tritt die Dakryostenose als isoliertes Krankheitsbild auf [2].

Symptomatik

Typische Beschwerden/Befunde sind:

- Tränenträufeln (Epiphora) konstant oder intermittierend bei Erkältungen oder Infektionen des oberen Respirationstrakts (Abb. 362.1)
- verklebte Lider/Wimpern (Abb. 362.2)
- sanfter Druck auf Tränensack führt zu Reflux von eitrigem Material aus Tränenpünktchen
- selten Übergang in Dakryozystitis



Abb. 362.1 Epiphora.

Ein 3-jähriger Junge mit linksseitiger angeborener Tränenwegsstenose. Es zeigt sich ein stehender Tränensee mit Epiphora.

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)



Abb. 362.2 Verklebte Lider.

Ein 14 Monate alter Junge mit linksseitiger angeborener Tränenwegsstenose. Typisch sind die verklebten Lider (eitriges Sekret) durch den fehlenden Abfluss.

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

(Quelle: Universitäts-Augenklinik der Medizinischen Universität Graz)

Diagnostik

Diagnostisches Vorgehen

Zur Diagnostik der kongenitalen Dakryostenose zählen die Inspektion, Palpation und Exprimatprüfung (Eiterreflux).

Anamnese

Anamnestisch typisch sind:

- Epiphora bereits in den ersten Lebenswochen
- häufig unilateral

Körperliche Untersuchung

Die Inspektion ergibt einen stehenden Tränensee, verklebte Wimpern, keine Konjunktivitis. Durch sanften Druck entleert sich eitriges Sekret über Tränenpünktchen.

Differenzialdiagnosen

Die Differenzialdiagnosen der kongenitalen Dakryostenose sind in Tab. 362.1 aufgeführt.

Tab. 362.1 Differenzialdiagnosen der kongenitalen Dakryostenose.

Differenzialdiagnose (absteigend sortiert nach klinischer Relevanz*)	Wesentliche diagnostisch richtungsweisende Anamnese, Untersuchung und/oder Befunde	Sicherung der Diagnose
Konjunktivitis	Epiphora, Rötung, Sekret, Lidschwellung,	klinische Diagnose,

*Klinische Relevanz ist nicht immer gleichbedeutend mit Häufigkeit. Auch seltene Differenzialdiagnosen können klinisch sehr relevant sein.

Differenzialdiagnose (absteigend sortiert nach klinischer Relevanz*)	Wesentliche diagnostisch richtungsweisende Anamnese, Untersuchung und/oder Befunde	Sicherung der Diagnose
	Fremdkörpergefühl	Abstrich
Keratitis	Epiphora, Rötung, Photophobie, Schmerzen, Sehverschlechterung	klinische Diagnose
Fremdkörper	Epiphora, subtarsaler, konjunktivaler oder kornealer Fremdkörper, Fremdkörperanamnese, Rötung, Lidschwellung, Schmerzen, Sehverschlechterung	klinische Diagnose
Kongenitales Glaukom	Epiphora, Hornhautdurchmesser >13 mm, intermittierend Hornhauttrübung, Photophobie, erhöhter Augendruck	klinische Diagnose, Augendruckmessung
*Klinische Relevanz ist nicht immer gleichbedeutend mit Häufigkeit. Auch seltene Differenzialdiagnosen können klinisch sehr relevant sein.		

Therapie

Therapeutisches Vorgehen

Aufgrund der hohen Rate an spontaner Kanalisierung innerhalb des ersten Lebensjahres wird primär ein konservatives Vorgehen empfohlen.

Konservative Therapie

Massage des Tränensacks mit dem Zeigefinger (Überdruck führt zur Öffnung der membranösen Obstruktion) [1]: Fest abwärts massieren (4-mal täglich, 10 Wiederholungen).

Pharmakotherapie

Lokal wirksame Antibiotika (z.B. Gentamycin) sind nur bei bakterieller Superinfektion (selten) indiziert [3].

Operative Therapie

Bei Beschwerdepersistenz nach dem 12.–18. Lebensmonat Tränenwegssondierung in Kurznarkose [2].

Verlauf und Prognose

In 96% spontane Öffnung der Stenose in den ersten 12 Lebensmonaten.

Literatur

Quellenangaben

- [1] Grewe S. Therapie der konnatalen Tränenwegstenose. Klin Monatsbl Augenheilkd 2010; 227 (7): 564–67
- [2] Kanski JJ, Bowling B. Klinische Ophthalmologie. 7. Aufl. München: Elsevier; 2012: 72–73
- [3] MacEwen CJ, O´Colmain U. Lacrimal system. In: Taylor S, Hoyt C, eds. Pediatric ophthalmology and strabismus, Churchill Livingstone: Elsevier; 2016: 200–208

Quelle:

Brandner M. Dakryostenose beim Neugeborenen. In: Kerbl R, Reiter K, Wessel L, Hrsg. Referenz Pädiatrie. Version 1.0. Stuttgart: Thieme; 2024.

Shortlink: https://eref.thieme.de/1ZD8V1Z2